

## Профилактика и лечение пролежней: краткое справочное руководство 2019 г.

Авторское право © Европейская консультативная группа по профилактике и лечению пролежней, Национальная консультативная группа по профилактике и лечению пролежней и Общетихоокеанский альянс по профилактике и лечению пролежней.

ISBN 978-0-6480097-9-5

Впервые опубликовано в 2009 г.

Второе издание опубликовано в 2014 г.

Третье издание опубликовано в 2019 г.

Опубликовано Европейской консультативной группой по профилактике и лечению пролежней, Национальной консультативной группой по профилактике и лечению пролежней и Общетихоокеанским альянсом по профилактике и лечению пролежней.

Все права защищены. Помимо любых добросовестных действий в целях частного изучения, изысканий или рецензирования, разрешенных Законом об авторском праве, никакая часть настоящего Руководства не может быть воспроизведена или скопирована в любой форме или любыми средствами без соответствующего разрешения в письменной форме. Запрос о воспроизведении информации может быть отправлен на эл. почту: [admin@internationalguideline.com](mailto:admin@internationalguideline.com)

**Рекомендуемое цитирование:** Европейская консультативная группа по профилактике и лечению пролежней, Национальная консультативная группа по профилактике и лечению пролежней и Общетихоокеанский альянс по профилактике и лечению пролежней. Профилактика и лечение пролежневых язв/пролежней. Краткое справочное руководство. Эмили Хеслер (ред.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.

**Заявление об отказе от ответственности:** это краткое справочное руководство было разработано Европейской консультативной группой по профилактике и лечению пролежней, Национальной консультативной группой по профилактике и лечению пролежней и Общетихоокеанским альянсом по профилактике и лечению пролежней. В нем представлен подробный обзор и оценка наилучших имеющихся на момент поиска литературы доказательств, касающихся оценки, диагностики, профилактики и лечения пролежней. Рекомендации представляют собой общее руководство по соответствующей клинической практике, которое должно применяться квалифицированными медицинскими работниками с учетом клинической оценки каждого отдельного случая и с учетом личных предпочтений пациента-потребителя и доступных ресурсов. Руководство следует применять с учетом культурных особенностей и в уважительной манере в соответствии с принципами защиты, участия и партнерства. Ознакомьтесь с полным руководством по клинической практике для получения более подробной информации и обсуждения.

Печатные копии версии настоящего краткого справочного руководства на английском языке можно заказать и загрузить в формате PDF с веб-сайтов следующих организаций:

NPIAP	<a href="http://npiap.com">npiap.com</a>
EPUAP	<a href="http://epuap.org">epuap.org</a>
PPPIA	<a href="http://pppia.org">pppia.org</a>
Международное руководство	<a href="http://internationalguideline.com">internationalguideline.com</a>

cc by 4.0

### СОДЕРЖАНИЕ

1. Введение .....	7
Предисловие .....	7
Ограничения и надлежащее использование настоящего Руководства.....	8
Сила доказательств и уровень доказательности рекомендаций .....	8
Рекомендации и заявления руководства о надлежащей практике .....	9
Доступ к руководству и вспомогательным материалам .....	9
2. Разработчики настоящего Руководства .....	10
3. Благодарности .....	12

4. Благодарности спонсорам .....	12
5. Рекомендации и заявления о надлежащей практике.....	13
Факторы риска и оценка риска .....	13
Оценка состояния кожи и мягких тканей.....	14
Профилактический уход за кожей .....	14
Оценка питания и лечение .....	16
Изменение положения тела и ранняя мобилизация .....	17
Пролежни пяточных областей.....	17
Опорные поверхности .....	18
Пролежни, вызванные использованием медицинских изделий.....	20
Классификация пролежней.....	20
Оценка пролежней и мониторинг заживления .....	21
Оценка и лечение боли .....	21
Инфекция и биопленки.....	22
Повязка на рану .....	23
Биологические повязки .....	23
Факторы роста.....	23
Биофизические агенты .....	23
Хирургия пролежней .....	24
Измерение распространенности и частоты возникновения пролежней.....	24
Внедрение передовой практики в клинических условиях .....	24
Профессиональное образование в сфере здравоохранения.....	25
Качество жизни, самообслуживание и образование .....	25
6. Показатели оценки качества .....	25
7. Распространенные системы классификации.....	27

## ВВЕДЕНИЕ

### Предисловие

В Кратком справочном руководстве представлено краткое изложение рекомендаций и заявлений о надлежащей практике, содержащихся в полной версии Международного руководства по клинической практике (изд. 2019 г.). Более полное Руководство по клинической практике содержит подробный анализ данных, лежащих в основе рекомендаций и заявлений о надлежащей практике, а также включает важные соображения по внедрению, которые обеспечивают дополнительный контекст положений, включенных в Краткое справочное руководство. Настоящее Краткое справочное руководство предназначено для медицинских работников с высокой рабочей нагрузкой, которым требуется краткая справочная информация в клинических условиях. Пользователи не должны полагаться только на выдержки из Краткого справочного руководства.

Руководство было разработано в результате сотрудничества партнерских организаций — Европейской консультативной группы по профилактике и лечению пролежней (EPUAP), Национальной консультативной группы по профилактике и лечению пролежней (NPIAP) и Общетихоокеанского альянса по профилактике и лечению пролежней (PPPIA). Кроме того, к проекту присоединились 14 организаций по

уходу за ранами из 12 стран в качестве ассоциированных организаций, вносящих свой вклад в разработку данного документа, под руководством и надзором Группы по управлению рекомендациями (GGG) партнерских организаций и методолога. Полная команда по разработке состояла из 174 академических и клинических экспертов в области пролежней, включая 12 членов GGG, методолога и членов рабочей группы.

В этом издании руководства использованы самые последние методологические стандарты по разработке руководств. Методология была предварительно опубликована и прошла соответствующую экспертную оценку. Обновленный поиск литературы выявил исследования, опубликованные до августа 2018 г., которые были критически оценены и проанализированы. Новые исследования были объединены с исследованиями из предыдущих изданий, чтобы расширить сферу применения настоящего Руководства и подготовить рекомендации, отражающие самые последние фактические данные. В третьем издании представлены 115 научно обоснованных рекомендаций, подкрепленных обзором лежащих в их основе исследований. Соображения по внедрению, дающие практические рекомендации, призваны помочь медицинским работникам внедрить рекомендации в клиническую практику. Для обеспечения дальнейшего контекста в статью включены подробный анализ и обсуждение имеющихся исследований, а также критическая оценка допущений

и знаний в данной области. Для определения уровня доказательности каждой рекомендации использовался процесс консенсусного голосования. Уровень доказательности рекомендации определяет важность рекомендации на основании потенциала улучшения исходов для пациентов. Это служит показателем уверенности в том, что рекомендуемая практика принесет больше пользы, чем вреда, и может быть применена для оказания помощи в определении приоритетности вмешательств, связанных с пролежнями. Многие темы, имеющие отношение к профилактике и лечению пролежней, не были широко исследованы. Чтобы устранить недостатки в оказании медицинской помощи, GGG также разработала 61 заявление о надлежащей практике, призванное еще в большей степени помочь медицинским работникам в обеспечении качественной профилактики и лечения пролежней.

На протяжении разработки настоящего Руководства активно привлекались пациенты, лица, осуществляющие неофициальный уход (члены семьи и друзья), и другие заинтересованные стороны. Для определения целей, приоритетов и потребностей в осведомленности в области ухода был проведен онлайн-опрос пациентов-потребителей и лиц, осуществляющих неофициальный уход. При разработке руководства были учтены ответы 1233 пациентов и членов их семей со всего мира. Проекты рекомендаций и подтверждающие данные были предоставлены 699 заинтересованным сторонам (частным лицам и организациям) по всему миру, которые зарегистрировали и рассмотрели соответствующие документы.

#### **Ограничения и надлежащее использование настоящего Руководства**

- Рекомендации помогают медицинским работникам, пациентам и лицам, осуществляющим неофициальный уход, принимать решения о медицинском обслуживании при конкретных клинических состояниях. Рекомендации, основанные на фактических данных, и заявления о надлежащей практике могут быть пригодны для использования не во всех обстоятельствах.

- Решение о принятии той или иной рекомендации должно приниматься многопрофильной медицинской командой в сотрудничестве с пациентами и лицами, осуществляющими неофициальный уход, а также с учетом имеющихся ресурсов и обстоятельств. Никакая информация, содержащаяся в этом руководстве, не заменяет медицинскую консультацию в конкретных случаях.

- Благодаря использованию строгой методологии при разработке настоящего Руководства члены Группы по управлению рекомендациями считают, что исследования, подтверждающие рекомендации, являются точными. Были приложены все усилия для

критической оценки исследований, содержащихся в настоящем документе. Тем не менее мы не гарантируем надежность отдельных исследований, указанных в этом документе.

- Настоящее Руководство предназначено исключительно для образовательных и информационных целей.

- Настоящее руководство содержит информацию, которая была точной на момент публикации. Исследования и технологии быстро меняются, и основанные на фактических данных рекомендации и заявления о надлежащей практике, содержащиеся в настоящем Руководстве, могут не соответствовать будущим достижениям. Медицинский работник несет ответственность за поддержание практических знаний об исследованиях и технологических достижениях, которые могут повлиять на принятие им клинических решений.

- Были использованы общепринятые наименования продуктов с описаниями, взятыми из исследований. Никакая информация в этом руководстве не является рекламой конкретного продукта.

- Никакая информация в этом руководстве не является рекомендацией относительно стандартов аттестации, стандартов кодирования или правил возмещения расходов.

- Настоящее Руководство не направлено на предоставление полной информации о безопасности и использовании продуктов и медицинских изделий, однако в него включены общедоступные советы по безопасности и использованию. Все продукты следует использовать в соответствии с указаниями производителя.

#### **Сила доказательств и уровень доказательности рекомендаций**

Отдельным исследованиям был присвоен уровень доказательности на основе дизайна исследования. Доказательной базе, подтверждающей каждую рекомендацию, была присвоена сила доказательств, основанная на количестве, уровне и согласованности доказательств. Для определения уровня доказательности рекомендации использовался процесс консенсусного голосования. Уровень доказательности рекомендации может применяться медицинскими работниками для определения приоритетности вмешательств. Объяснение и контекст определений силы доказательств и уровня доказательности рекомендации см. в полной версии Руководства по клинической практике и/или на веб-сайте Международного руководства.

**«Уровень доказательности рекомендации» — это степень, в которой медицинский работник может быть уверен, что соблюдение рекомендации принесет больше пользы, чем вреда.**

Сила доказательств	
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Более одного высококачественного исследования Уровня 1, предоставляющего прямые доказательства.</li> <li>• Последовательная доказательная база.</li> </ul>
B1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Исследования уровня 1 среднего или низкого качества, предоставляющие прямые доказательства.</li> <li>• Исследования Уровня 2 высокого или среднего качества, предоставляющие прямые доказательства.</li> <li>• В большинстве исследований представлены непротиворечивые результаты, несоответствия могут быть объяснены.</li> </ul>
B2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Исследования уровня 2 низкого качества, предоставляющие прямые доказательства.</li> <li>• Исследования Уровней 3 или 4 (независимо от качества), предоставляющие прямые доказательства.</li> <li>• В большинстве исследований представлены непротиворечивые результаты, несоответствия могут быть объяснены.</li> </ul>
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Исследования уровня 5 (косвенные доказательства), например, исследования у здоровых субъектов, людей с другими типами хронических ран, модели на животных.</li> <li>• Доказательная база с несоответствиями, которые не могут быть объяснены, отражающими истинную неопределенность, связанную с данной темой.</li> </ul>
GPS	<p>Заявление о надлежащей практике:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Положения, которые не подтверждены доказательной базой, как указано выше, но признаны GGG значимыми в клинической практике.</li> </ul>

Уровень доказательности рекомендации	
↑↑	Сильная положительная рекомендация: следует выполнять
↑	Слабая положительная рекомендация: возможно, следует выполнять
↔	Отсутствие конкретных рекомендаций
↓	Слабая отрицательная рекомендация: возможно, не следует выполнять
↓↓	<p>Заявление о надлежащей практике:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Положения, которые не подтверждены доказательной базой, как указано выше, но признаны GGG значимыми в клинической практике.</li> </ul>

### Рекомендации и заявления руководства о надлежащей практике

Рекомендации представляют собой основанные на фактических данных, систематически разработанные положения, призванные помочь медицинским работникам, пациентам и лицам, осуществляющим неофициальный уход, в принятии решений о соответствующей медицинской помощи при конкретных клинических состояниях. Рекомендации и заявления о надлежащей практике могут не подходить для использования во всех ситуациях, условиях и обстоятельствах. Приведенные рекомендации не следует рассматривать как медицинские рекомендации для конкретных случаев. Настоящее руководство и любые содержащиеся в нем рекомендации предназначены исключительно для образовательных и информационных целей. Здесь приведены международные непатентованные наименования продуктов. Никакая информация в этом руководстве не является рекламой конкретного продукта.

Представленные ниже рекомендации и заявления о надлежащей практике представляют собой общее руководство по адекватной клинической практике,

которое должно применяться квалифицированными медицинскими работниками с учетом их клинической оценки каждого отдельного случая, а также с акцентом на предпочтения пациента-потребителя и имеющиеся ресурсы. Руководство следует применять в соответствии с культурными особенностями и в уважительной манере в соответствии с принципами защиты, участия и партнерства.

Выдержки, представленные в этом сокращенном Кратком справочном руководстве, не предназначены для использования отдельно от полного Руководства по клинической практике. Данный материал содержит краткое изложение фактических данных, соображения по внедрению и обсуждение фактических данных, которые обеспечивают контекст этих рекомендаций.

### Доступ к руководству и вспомогательным материалам

Доступ к цифровым и печатным копиям Руководства по клинической практике доступен на веб-сайтах следующих организаций:

Веб-сайт NPIAP [npiap.com](http://npiap.com)

Веб-сайт EPUAP [epuap.org](http://epuap.org)

Веб-сайт PPIA [pppia.org](http://pppia.org)

Веб-сайт Международного руководства по профилактике и лечению пролежней [internationalguideline.com](http://internationalguideline.com)

Веб-сайт Международного руководства по профилактике и лечению пролежней ([www.internationalguideline.com](http://www.internationalguideline.com)) доступен до выпуска следующей редакции руководства. На веб-сайте размещены дополнительные вспомогательные материалы, и имеется доступ к хранилищу руководств.

Переводы Краткого справочного руководства и информация о процессе перевода доступны на веб-сайте EPUAP. Для получения дополнительной информации обращайтесь по адресу: [translation@internationalguideline.com](mailto:translation@internationalguideline.com).

По вопросам использования руководства ознакомьтесь с положением о Разрешениях на использование на веб-сайте руководства. Для получения дополнительной информации обращайтесь по адресу: [admin@internationalguideline.com](mailto:admin@internationalguideline.com).

## РАЗРАБОТЧИКИ НАСТОЯЩЕГО РУКОВОДСТВА

### Группа по управлению рекомендациями (GGG)

**Ян Коттнер**, доктор философии (председатель EPUAP)

Научный руководитель клинических исследований, Центр клинических исследований волос и кожи, Отделение дерматологии и аллергологии, Медицинский университет Шарите, Германия

Гентский университет, факультет медицины и здравоохранения, Бельгия

**Джанет Каддиган**, доктор философии (председатель NPIAP)

Профессор Университета Небраски

Колледж медсестер, Медицинский центр, США

**Керилн Карвилл**, доктор философии (председатель PPIA)

Профессор кафедры первичной медико-санитарной помощи и общественного сестринского дела, Silver Chain Group и Университета Кертина, факультет сестринского дела, акушерства и парамедицины, Австралия

**Катрин Бальцер**, доктор философии

Профессор Любекского университета, Научно-исследовательское подразделение сестринского дела, Германия

**Дэн Берловиц**, доктор медицины, магистр в области общественного здравоохранения

Профессор, медицинский факультет Бостонского университета, США

Центр исследований в области организации и внедрения здравоохранения (CHOIR), Больница Бедфорда, Вирджиния, США

**Йи Йи Чанг**

Сингапурская больница общего профиля, Сингапур

**Су Минг Сьюзан Лоу**, магистр наук в области клинического питания

Медсестра-консультант, Больница Принцессы Маргарет, Гонконг

**Мэри Литчфорд**, доктор философии

Президент CASE Software & Books, Северная Каролина, США

**Памела Митчелл**, клиническая медсестра

Клиническая медсестра-консультант, Больница Крайстчерч, Новая Зеландия

**Зена Мур**, доктор философии

Профессор Королевского колледжа хирургов Ирландии, Ирландия

Университет Монаша, факультет медицины, сестринского дела и здравоохранения, Австралия

Гентский университет, факультет общественного здравоохранения, факультет медицины и здравоохранения, Бельгия

Университет Лида, Китай

Кардиффский университет, Уэльс, Великобритания

**Джойс Питтман**, доктор философии

Доцент, Университет Южной Алабамы, США

**Доминик Сигаудо-Руссель**, доктор философии, директор по исследованиям, Лаборатория тканевой биологии и терапевтической инженерии, Национальный научно-исследовательский центр (CNRS), Лионский университет, Франция

### Методолог и главный редактор

**Эмили Хэслер**, доктор философии

Адъюнкт-профессор, Университет Кертина, факультет сестринского дела, акушерства и парамедицины, Австралия

Австралийский национальный университет (АНУ), факультет медицины АНУ, Академическое отделение общей практики, Австралия

Университет Ла Троб, Австралийский центр доказательной медицинской помощи престарелым, факультет сестринского дела и акушерства, Австралия

### Организации, относящиеся к руководству

#### Партнерские организации

Европейская консультативная группа по проблемам пролежней

Национальная консультативная группа по профилактике и лечению пролежней

Общетихоокеанский альянс по профилактике и лечению пролежней

#### Ассоциированные организации

Бразильская ассоциация энтеростомальных терапевтов: уход за ранами, стомами, профилактике недержания мочи и кала (SOBEST)

Общество медсестер по уходу за ранами, стомами, профилактике недержания мочи и кала, Канада, и организация Wounds Canada

Китайская ассоциация медсестер

Индонезийское сотрудничество Индонезийской ассоциации клиницистов по уходу за ранами и Индонезийской ассоциации сестринского ухода за ранами, стомами, профилактике недержания мочи и кала

Японское общество по профилактике и лечению пролежней

Ассоциация медсестер Цзянсу

Корейская ассоциация медсестер по уходу за ранами, стомами, профилактике недержания мочи и кала

Малайзийское общество специалистов по уходу за ранами

Филиппинское общество по уходу за ранами

Саудовское отделение энтеростомальной терапии

Тайваньская ассоциация медсестер по уходу за ранами, стомами, профилактике недержания мочи и кала

Тайское общество энтеростомальной терапии

Всемирный совет энтеростомальных терапевтов

#### Члены Малой рабочей группы (SWG)

• **Этиология:** Амит Гефен (руководитель), Дэвид Бриенца, Лаура Эдсберг, Венди Милтон, Кристин Мерфи, Сис У. Дж. Уменс, Лин Перри, Юнита Сари

• **Группы населения с особыми потребностями, связанными с пролежнями (глава и рекомендации в руководстве):** Джилл Кокс (руководитель), Энн Мари Ни (руководитель), Трейси Новицки (руководитель), Мэри Эллен Постхауэр (руководитель), Маарит Ахтиала, Бунчуэн Аймак, Рехаб Аль-Доссари, Пауло Алвес, Юфитриана Амир, Карина Баат, Катрин Бальцер, Терри Бисон, Маргарет Бёрдсонг, Кармел Бойлан, Джилл Кэмпбелл, Фиона Койер, Эми Дарвалл, Эрик Де Лаат, Кристанти Эффенди, Эйми Гарсиа, Айлинг Ху, Буди Анна Келиат, Сандра Корге, Джанет Кунке, Сю Лин Лим, Мэри Литчфорд, Ши Лан Ло, Джанин Магуайр, Амбили Наир, Сун Ён Нам, Паула Кристина Ногейра, Гордана Петковска, Рина Пийпкер, Венди Сэнсом, Эмиль Шмидт, Эмер Шэнли, Аамир Сиддики, Мэри Зиггрин, Кристина Саймон, Сю Темплтон, Энн Тешер, Валентина Ванци, Джараспас Вонгвисескарн

• **Факторы риска и оценка риска:** Джейн Никсон (руководитель), Сюзанна Коулман, Эмили Хэслер, Кэтрин Бальцер, Вирджиния Капассо, Джанет

Каддиган, Клаудия Резерфорд, Лизетт Шунховен, Нэнси Стоттс

• **Оценка состояния кожи и тканей:** Мэри Джо Конли (руководитель), Ида Мари Бредесен, Реба Дж. Джайлс, Нантхакумари, урожденная Гунасегаран, Ульрика Келлман, Элеонора Летран, Катрен Пуйк, Яджуан Вэн, Хо Сяоронг

• **Профилактический уход за кожей:** Мэри Джо Конли (руководитель), Ида Мари Бредесен, Реба Дж. Джайлс, Нантхакумахри, урожденная Гунасегаран, Ульрика Келлман, Элеонора Летран, Катрен Пуйк, Яджуан Вэн, Хо Сяоджун

• **Правильное питание при профилактике и лечении пролежней:** Эмануэле Серед (соруководитель), Нэнси Муньос (соруководитель), Меррилин Бэнкс, Анджела Лью, Мэри Эллен Постхауэр, Сирилак Сирипаньяват, Джос Шолс

• **Изменение положения тела и ранняя мобилизация:** Трейси Яп (руководитель), Лизбет Демарре, Лена Ганнингберг, Сьюзан Кеннерли, Линда Нортон, София Маседо, Шук И Пан, Йоханна Ван Роойен

• **Пролежни пяток:** Джилл Кокс (руководитель), Сара Даллимор, Барбара Делмор, Мари-Лайн Гобер-Дахан, Манфред Мак, Тина Мейерс, Рейнальдо Рей-Матиас

• **Опорные поверхности:** Дэвид Бриенца (руководитель), Вирджиния Капассо, Мисако Дай, Цыся Цзян, Сю Монаро, Кэтрин Рей, Стивен Смет, Питер Р. Уорсли

• **Пролежни, вызванные использованием медицинских изделий:** Рэйчел М. Уокер (руководитель), Элизабет А. Айелло, Сук Чу Чан, Айхуа Чен, Энн Мари Ни, Валентина Ванзи, Питер Р. Уорсли

• **Классификация пролежней:** Хин Мун Чонг, Идрамсия, Юн Джин Ли, Андреа Покорна, Кэтрин Рэтглифф, Мэри Сиггрин, Николь Уолш

• **Оценка пролежней и мониторинг заживления:** Керри Коулман, Патрисия Дэвис, Сухаида Бинте Рамли, Энн Мари Ни, Кэтрин Рэтглифф • **Оценка боли и лечение:** Кларисса Янг (руководитель), Видасари Шри Гитарджа, Чак Хау Панг, Барбара Пипер, Тина Мейерс, Андреа Покорна, Валентина Ванзи

• **Очистка и санация:** Шан Бергин, Патрисия Дэвис, Розмари Хилл, Харикришна Наир, Ван Инь Пин, Памела Скарборо, Дэвид Воэгели

• **Инфекции, связанные с образованием биопленок:** Робин Рейнер (руководитель), Эван Калл, Эмма Даза, Джинни Доннелли, Деа Кент, Годзиро Накагами, Леа Уиттингтон

• **Раневые покрытия:** Годзиро Накагами, Леа Уиттингтон • **Раневые повязки:** Мария Тен Хоув (руководитель), Микьюнг Чо, Реба Дж. Джайлс, Дэвид Вогели, Тан Вэй Сянь, Салди Юсуф

• **Биологические повязки:** Лаура Эдсберг (руководитель), Мишель Карр, Элизабет Фауст, Ын Джин

Хан, Такафуми Кадоно, Анна Полак, Якуб Тарадай, Квек Янтинг

- **Факторы роста:** Лаура Эдсберг (руководитель), Мишель Карр, Элизабет Фауст, Ын Джин Хан, Такафуми Кадоно, Анна Полак, Якуб Тарадай, Квек Янтинг

- **Биофизические агенты:** Шэрон Боксалл, Анна Полак, Хиске Сمارт, Грегори М. Той

- **Хирургия пролежней:** Эмили Хэслер (руководитель), Аамир Сиддики, Ребекка Изели, Джули Джордан-О'Брайен

- **Измерение распространенности и заболеваемости пролежнями:** Дэн Берловиц, Джанет Каддиган, Эмили Хэслер

- **Внедрение передового опыта в клинических условиях:** Кимберли Ле Блан (руководитель), Дмитрий Бекман, Мария Хелена Ларшер Калири, Кэтлин Финлейсон, Бонни Фрейзер, Патрисия Омем-Сильва, Хунян Ху, Мэй-Ю Сюй, Вэнь-Пей Хуан, Кристал МакКаллум, Джилл Трелиз, Луиза Уэббер, Треиси Яп

- **Профессиональное образование в области здравоохранения:** Эмили Хэслер (руководитель), Кэти Капитуло, Маргарет Эдмондсон, Эдналида Мария Франк, Эйми Гарсиа, Патрисия Омем-Сильва, Чон Юн Ким, Тамара Пейдж, Дайан Мэйдик Янгберг

- **Качество жизни, самостоятельный уход и образование:** Эмили Хэслер (руководитель), Бернадетт МакНелли, Сивагаме Мания, Лена Ганнингберг, Дениз Хибберт, Энн Мари Кассаб, Ювади Кестсумпун, Линн Табор

- **Показатели качества:** Джойс Питтман, Эмили Хэслер, Рууд Халфенс

## БЛАГОДАРНОСТИ

### Благодарности за поддержку

Особая признательность и благодарность выражается группам по разработке руководств 2009 и 2014 гг., а также членам малых рабочих групп из EPUAP, NPIAP и RPPIA, которые разработали первые два издания данного руководства. Работа в этом издании Международного руководства основана на исследованиях, которые были оценены и обобщены предыдущими группами разработчиков рекомендаций.

*Эмили Хэслер*, доктор философии

Временный методолог (обновление литературы, обзор и анализ в промежутке между официальными мероприятиями по разработке руководящих принципов [с 2013 по 2017 гг.]

*Ян Коттнер*, доктор философии

Ведущий организатор и распорядитель Группы по управлению руководящими принципами

*Пол Хэслер*, бакалавр наук (полный курс)

Веб-разработка и ИТ-поддержка онлайн-платформы для управления рекомендациями и оценки

фактических данных, опроса потребителей пациентов, процесса рассмотрения заинтересованными сторонами и онлайн-платформы «Уровень доказательности рекомендаций»

*Руководство МакКенна*

Управление администрированием руководящих принципов и маркетингом

*Университет Ла Троб*, Австралия

Электронная база данных, доступ к журналам и услуги межбиблиотечного кредитования

*Австралийский национальный университет*, Австралия

**Этическое одобрение опроса потребителей (пациентов)**

Особая благодарность выражается *Эмили Хэслер*, которая проделала выдающуюся работу по преодолению сложностей международного, всестороннего, систематического обзора исследовательской литературы и разработке этого пересмотренного и расширенного руководства по профилактике и лечению пролежней.

### Перевод

Следующие эксперты завершили сбор данных для статей на языках, отличных от английского:

*Ян Коттнер*

*Такафуми Кадоно*

*Мария Хелена Ларшер Калири*

### Пациенты и заинтересованные стороны

Особая благодарность выражается более чем 1200 пациентам и лицам, осуществляющим неофициальный/семейный уход, которые внесли свой вклад в разработку руководства, приняв участие в международном опросе пациентов.

Все комментарии заинтересованных сторон были рассмотрены GGG, и на основе полученных комментариев были внесены соответствующие изменения. Мы ценим вклад медицинских работников, исследователей, преподавателей и представителей промышленности со всего мира, которые нашли время, чтобы поделиться своим опытом и содержательной критикой.

### БЛАГОДАРНОСТИ СПОНСОРАМ

Европейская консультативная группа по профилактике и лечению пролежней (EPUAP), Национальная консультативная группа по профилактике и лечению пролежней (NPIAP) и Общетихоокеанский альянс по профилактике и лечению пролежней (RPPIA) с благодарностью признают вклад следующих лиц и групп в виде финансовой поддержки презентации и распространения руководства. Все финансовые вклады были сделаны после этапа разработки руководства и никаким образом не повлияли на разработку руководства или его окончательное содержание.

Финансовые вклады используются для печати и распространения руководства и сопутствующих образовательных продуктов. Следующие компании предоставили неограниченные гранты на образование:

**Спонсоры Золотого уровня**

Mölnlycke®  
Hillrom

**Спонсоры Серебряного уровня**

ARJO  
Medela, LLC  
Smith + Nephew

**РЕКОМЕНДАЦИИ И ЗАЯВЛЕНИЯ О НАДЛЕЖАЩЕЙ ПРАКТИКЕ**

Следующие рекомендации и заявления о надлежащей практике взяты из полного руководства по клинической практике для удобства использования в клинической практике. Рекомендации и заявления о надлежащей практике не предназначены для использования без рассмотрения и учета всех фактических данных, соображений по внедрению и обсуждения фактических данных, которые включены в полную версию руководства.

		Сила доказательств	Уровень доказательности рекомендации
<b>Факторы риска и оценка риска</b>			
1.1.	Следует рассматривать лиц с ограниченной подвижностью, ограниченной активностью и высоким риском трения и сдавливания как подверженных риску возникновения пролежней.	A	↑↑
1.2.	Следует рассматривать лиц с пролежнем I категории/стадии как подверженных риску развития пролежня II категории/стадии или выше.	A	↑↑
1.3.	Учитывайте возможное влияние существующего пролежня любой категории/стадии на развитие дополнительных пролежней.	C	↑
1.4.	Учитывайте возможное влияние ранее имевшихся пролежней на развитие дополнительных пролежней.	GPS	
1.5.	Учитывайте возможное влияние изменений состояния кожи над точками давления на риск возникновения пролежней.	GPS	
1.6.	Учитывайте возможное влияние боли в области точек давления на риск возникновения пролежней.	GPS	
1.7.	Учитывайте влияние сахарного диабета на риск возникновения пролежней.	A	↑↑
1.8.	Учитывайте влияние нарушений перфузии и циркуляции на риск возникновения пролежней.	B1	↑
1.9.	Учитывайте влияние дефицита оксигенации на риск возникновения пролежней.	C	↑
1.10.	Учитывайте влияние нарушенного пищевого статуса на риск возникновения пролежней.	C	↑
1.11.	Учитывайте влияние влажной кожи на риск возникновения пролежней.	C	↑
1.12.	Учитывайте влияние повышенной температуры тела на риск возникновения пролежней.	B1	↑
1.13.	Учитывайте возможное влияние пожилого возраста на риск возникновения пролежней.	C	↑
1.14.	Учитывайте возможное влияние нарушения чувствительности на риск возникновения пролежней.	C	↑
1.15.	Учитывайте возможное влияние результатов лабораторного исследования крови на риск возникновения пролежней.	C	↔
1.16.	Учитывайте возможное влияние общего состояния и психического статуса на риск возникновения пролежней.	GPS	
1.17.	Учитывайте влияние продолжительности иммобилизации перед операцией, продолжительность операции и физическое состояние по классификации Американского общества анестезиологов (ASA) на риск возникновения пролежней, связанных с операцией.	B2	↑

1.18.	Учитывайте следующие факторы в качестве дополнительных факторов риска возникновения пролежней у лиц в критическом состоянии: * продолжительность пребывания в отделении интенсивной терапии; * механическая вентиляция; * использование вазопрессоров; * шкала оценки тяжести состояния (APACHE II).	GPS	
1.19.	Учитывайте влияние зрелости, перфузии и оксигенации кожи, а также наличие медицинских устройств на риск возникновения пролежней у новорожденных и детей.	B1	↑↑
1.20.	Учитывайте влияние тяжести заболевания и продолжительности пребывания в отделении интенсивной терапии на риск возникновения пролежней у новорожденных и детей.	B2	↑
1.21.	Проведите скрининг риска возникновения пролежней как можно скорее после поступления в службу по уходу и периодически в дальнейшем для выявления лиц, подверженных риску возникновения пролежней.	GPS	
1.22.	Проведите полную оценку риска возникновения пролежней, руководствуясь результатами скрининга после поступления и после любого изменения статуса.	GPS	
1.23.	Разработайте и внедрите план профилактики с учетом рисков для лиц, у которых выявлен риск возникновения пролежней.	GPS	
1.24.	При проведении оценки риска возникновения пролежней: • используйте структурированный подход; • включите комплексную оценку кожи; • дополнительно используйте инструменты оценки риска с оценкой дополнительных факторов риска; • интерпретируйте результаты оценки, используя клиническое суждение.	GPS	

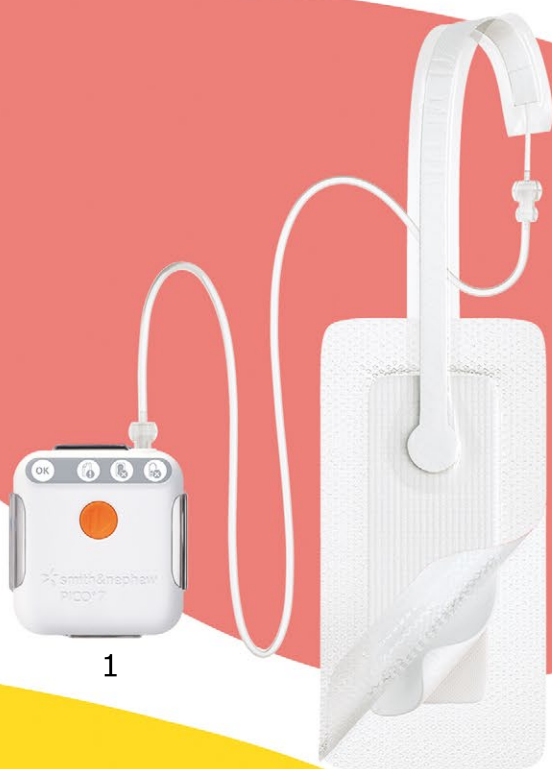
#### Оценка состояния кожи и мягких тканей

2.1.	Проведите комплексную оценку состояния кожи и тканей у всех лиц, подвергающихся риску возникновения пролежней: • как можно скорее после поступления/перевода в медицинское учреждение; • в рамках каждой оценки риска; • периодически, в зависимости от индивидуальной степени риска возникновения пролежней; • до выписки из службы по уходу.	GPS	
2.2.	Осмотрите кожу у лиц, подверженных риску возникновения пролежней, чтобы выявить наличие эритемы.	A	↑↑
2.3.	Дифференцируйте эритему, исчезающую при надавливании, от эритемы, не исчезающей при надавливании, используя давление пальца или метод прозрачного диска, и оцените степень эритемы.	B1	↑↑
2.4.	Оцените температуру кожи и мягких тканей.	B1	↑
2.5.	Оцените отек и изменение консистенции ткани по отношению к окружающим тканям.	GPS	
2.6.	Рассмотрите возможность использования устройства для измерения субэпидермального отека в качестве дополнения к обычной клинической оценке кожи.	B2	↔
2.7.	При оценке темнопигментированной кожи рассмотрите оценку температуры кожи и субэпидермального отека как важные дополнительные симптомы.	B2	↑
2.8.	Оцените актуальность выполнения объективной оценки тона кожи с использованием цветовой диаграммы при проведении осмотра кожи.	B2	↔

#### Профилактический уход за кожей

3.1.	Соблюдайте режим ухода за кожей, который включает: • поддержание кожи чистой и достаточно увлажненной; • своевременное очищение кожи после эпизодов недержания; • избегание использования щелочного мыла и очищающих средств; • защиту кожи от влаги с помощью барьерного средства.	B2	↑↑
3.2.	Избегайте энергичного трения кожи, которое может привести к развитию пролежней.	GPS	

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДЕЛИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАН ОТРИЦАТЕЛЬНОМ ДАВЛЕНИЕМ ПОЗВОЛЯЮТ СОКРАТИТЬ ЗАТРАТЫ И СРОКИ ЛЕЧЕНИЯ



1



2



3



4

3.3.	Используйте продукты с высокой впитывающей способностью при недержании для защиты кожи у людей с пролежнями или риском возникновения пролежней, страдающих недержанием мочи.	B1	↑
3.4.	Рассмотрите возможность использования тканей с низким коэффициентом трения для пациентов с пролежнями или риском их возникновения.	B1	↑
3.5.	Используйте мягкую силиконовую многослойную вспененную повязку для защиты кожи у лиц, подверженных риску возникновения пролежней.	B1	↑
<b>Оценка питания и лечение</b>			
4.1.	Проведите скрининг питания у лиц, подверженных риску возникновения пролежней.	B1	↑↑
4.2.	Проведите комплексную оценку питания у взрослых, подверженных риску возникновения пролежней, которые прошли скрининг на риск недостаточности питания, а также у всех взрослых с пролежнями.	B2	↑↑
4.3.	Разработайте и внедрите индивидуальный план питания для пациентов с пролежнями или риском их развития, которые страдают от недостаточного питания или подвергаются риску недостаточного питания.	B2	↑↑
4.4.	Оптимизируйте потребление энергии у лиц, подверженных риску возникновения пролежней, которые страдают от недостаточного питания или подвергаются риску недостаточного питания.	B2	↑
4.5.	Скорректируйте потребление белка у лиц, подверженных риску возникновения пролежней, которые страдают от недостаточного питания или подвергаются риску недостаточного питания.	GPS	
4.6.	Обеспечьте 30–35 ккал/кг массы тела в сут взрослым с пролежнями, которые страдают от недостаточного питания или подвергаются риску недостаточного питания.	B1	↑
4.7.	Обеспечьте 1,2–1,5 г белка на кг массы тела в сут взрослым с пролежнями, которые страдают от недостаточного питания или подвергаются риску недостаточного питания.	B1	↑↑
4.8.	Предлагайте высококалорийные продукты с высоким содержанием белка и/или пищевые добавки в дополнение к обычной диете для взрослых, которые подвержены риску развития пролежней, а также которые страдают от недостаточного питания или подвергаются риску недостаточного питания, если потребности в питании не могут быть достигнуты за счет нормального потребления с пищей.	C	↑
4.9.	Предлагайте высококалорийные пищевые добавки с высоким содержанием белка в дополнение к обычной диете взрослым с пролежнями, которые страдают от недостаточного питания или подвергаются риску недостаточного питания, если потребности в питании не могут быть достигнуты за счет нормального потребления с пищей.	B1	↑↑
4.10.	Предоставляйте высококалорийные, богатые белком, аргинином, цинком и антиоксидантами пероральные пищевые добавки или энтеральные смеси для взрослых с пролежнями категории/стадии II или выше, которые страдают от недостаточного питания или подвергаются риску недостаточного питания.	B1	↑
4.11.	Обсудите пользу и вред энтерального или парентерального питания для поддержания общего состояния здоровья с учетом предпочтений и целей ухода с лицами, подверженными риску возникновения пролежней, которые не могут удовлетворить свои потребности в питании за счет перорального приема, несмотря на нутритивные вмешательства.	GPS	
4.12.	Обсудите пользу и вред энтерального или парентерального питания для поддержки лечения пролежней с учетом предпочтений и целей ухода за лицами с пролежнями, которые не могут удовлетворить свои потребности в питании за счет перорального приема, несмотря на нутритивные вмешательства.	B1	↑
4.13.	Обеспечьте и стимулируйте надлежащее потребление воды/жидкости для гидратации у лиц с пролежнями или с риском возникновения пролежней, если это совместимо с целями ухода и клиническими условиями.	GPS	
4.14.	Проведите соответствующий возрасту скрининг и оценку питания новорожденных и детей, подверженных риску возникновения пролежней.	GPS	
4.15.	Для новорожденных и детей с пролежнями или риском возникновения пролежней, которые получают недостаточное пероральное питание, рассмотрите возможность использования обогащенных продуктов питания, пищевых добавок, соответствующих возрасту, или энтеральной или парентеральной нутритивной поддержки.	GPS	

### Изменение положения тела и ранняя мобилизация

5.1.	Периодически изменяйте положение тела всех лиц с пролежнями или с риском возникновения пролежни согласно индивидуальному графику, если противопоказания отсутствуют.	B1	↑↑
5.2.	Определите частоту смены положения с учетом уровня активности, подвижности и способности пациента к самостоятельному перемещению.	B2	↑↑
5.3.	Определите частоту смены положения с учетом следующих индивидуальных особенностей: • толерантность кожи и тканей; • общее медицинское состояние; • общие цели лечения; • комфорт и боль.	GPS	
5.4.	Внедрите стратегии напоминания о смене положения, чтобы способствовать соблюдению режима изменения положения тела.	B1	↑
5.5.	Измените положение пациента таким образом, чтобы была достигнута оптимальная разгрузка всех костных выступов и максимальное перераспределение давления.	GPS	
5.6.	Измените положение тела пациента, чтобы ослабить или перераспределить давление, используя методы ручного поворота или оборудование, позволяющее уменьшить трение и сдвиг.	B2	↑
5.7.	Рассмотрите возможность использования непрерывного прикроватного картирования давления в качестве визуального ориентира при изменении положения тела.	C	↔
5.8.	При позиционировании используйте положение лежа на боку под углом 30°, а не на боку под углом 90°.	C	↑
5.9.	Держите изголовье кровати как можно более прямым.	B1	↔
5.10.	Избегайте длительного использования положения лежа на животе, если это не требуется для контроля состояния здоровья пациента.	B1	↔
5.11.	Способствуйте сидению вне постели в подходящем кресле или инвалидной коляске в течение ограниченного периода времени.	B1	↑
5.12.	Выберите сидячее положение с откинутой спиной и поднятыми ногами. Если наклон неуместен или невозможен, убедитесь, что ноги пациента хорошо опираются на пол или подставки для ног, когда он сидит вертикально в кресле или инвалидной коляске.	B2	↑
5.13.	Наклоните сиденье, чтобы пациент не скатился вперед в кресле или инвалидной коляске.	B2	↑
5.14.	Обучайте и стимулируйте пациентов, которые проводят длительное время в сидячем положении, выполнять действия по снижению давления.	C	↑
5.15.	Внедрите программу ранней мобилизации, которая повысит активность и мобильность настолько быстро, насколько это возможно.	C	↑
5.16.	Для пациентов с пролежнями в седалищной или крестцовой областях оцените пользу периодов постельного режима для ускорения заживления по сравнению с риском возникновения новых или ухудшения имеющихся пролежней и влиянием на образ жизни, физическое и эмоциональное здоровье.	GPS	
5.17.	Изменяйте положение нестабильных пациентов в критическом состоянии, которых допустимо перемещать, используя медленные, постепенные повороты, чтобы дать время для стабилизации гемодинамики и статуса оксигенации.	GPS	
5.18.	Иницируйте частые небольшие изменения положения тела для пациентов в критическом состоянии, которые слишком нестабильны, чтобы поддерживать регулярный график изменения положения.	C	↑
5.19.	Расположите пациента таким образом, чтобы снизить риск развития пролежней во время операции за счет распределения давления по большей площади поверхности тела и разгрузки костных выступов.	GPS	

### Пролежни пяточных областей

6.1.	Оцените состояние сосудов/перфузии нижних конечностей, пяток и стоп при проведении оценки состояния кожи и тканей, а также в рамках оценки риска.	B2	↑↑
------	---	----	----

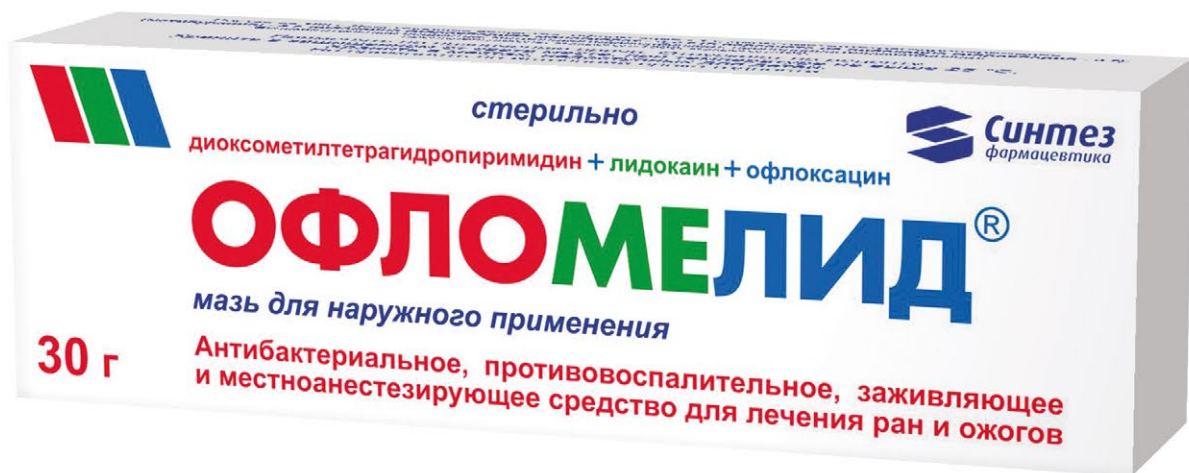
6.2.	У лиц, подверженных риску развития пролежней пяточных областей и/или имеющих пролежни категории (стадии) I или II, следует приподнять пятки, используя специально разработанное изделие для подвешивания пятки или подушку. Полностью разгрузите пятку таким образом, чтобы распределить вес ноги по икре, не оказывая давления на ахиллово сухожилие и подколенную вену.	B1	↑↑
6.3.	У пациентов с пролежнями пяточных областей категории (стадии) III и выше следует приподнять пятки с помощью специально разработанного изделия для подвешивания пятки, полностью разгружающего пятку таким образом, чтобы распределить вес ноги по голени, не оказывая давления на ахиллово сухожилие и подколенную вену.	GPS	
6.4.	Используйте профилактическую повязку в качестве дополнения к разгрузке пяточной области и другим мерам для профилактики развития пролежней.	B1	↑

### Опорные поверхности

7.1.	Выберите опорную поверхность, которая соответствует потребностям человека в перераспределении давления, на основании следующих факторов: <ul style="list-style-type: none"> <li>• уровень неподвижности и отсутствия активности;</li> <li>• необходимость влияния на контроль микроклимата и снижение силы сдвига;</li> <li>• размер и масса тела пациента;</li> <li>• количество, степень тяжести и локализация имеющихся пролежней;</li> <li>• риск возникновения новых пролежней.</li> </ul>	GPS	
7.2.	Убедитесь, что поверхность кровати достаточно широкая, чтобы человек мог поворачиваться, не касаясь поручней кровати.	C	↑
7.3.	Для пациентов с ожирением выбирайте опорную поверхность с улучшенными характеристиками перераспределения давления, снижения силы сдвига и микроклимата.	GPS	
7.4.	У лиц, подверженных риску развития пролежней, следует отдавать предпочтение матрасу или наматраснику из высокопрочной однослойной пены вместо матраса из пены, не имеющего высоких технических характеристик.	B1	↑
7.5.	У лиц, подверженных риску развития пролежней, следует рассмотреть возможность использования специализированного надувного матраса или наматрасника.	C	↑
7.6.	У лиц, подверженных риску развития пролежней, оцените относительные преимущества использования изделий из медицинской овчины.	B1	↔
7.7.	У лиц, подверженных риску развития пролежней, оцените относительные преимущества использования надувного матраса или наматрасника с переменным давлением.	B1	↑
7.8.	У всех пациентов с пролежнями или риском их возникновения при планировании операции на операционном столе дополнительно используйте средства для перераспределения давления.	B1	↑
7.9.	У пациентов с пролежнями следует рассмотреть возможность перехода на специальную опорную поверхность в следующих случаях: <ul style="list-style-type: none"> <li>• невозможно расположить часть тела вне существующего места пролежня;</li> <li>• имеются пролежни на двух или более поверхностях тела, на которые оказывается давление при повороте (например, крестце и вертеле), которые ограничивают возможности изменения положения;</li> <li>• имеются пролежни, которые не заживают или состояние пролежней ухудшается, несмотря на надлежащее комплексное лечение;</li> <li>• существует высокий риск образования дополнительных пролежней;</li> <li>• после пластики лоскутом или кожным трансплантатом;</li> <li>• когда пациенту дискомфортно;</li> <li>• избыточное давление («достигает дна») на используемой опорной поверхности</li> </ul>	GPS	
7.10.	Оцените относительные преимущества использования средств, содержащих специальный слой, создающий эффект псевдожидкости (кремниевые микросферы) для ускорения заживления, снижения температуры кожи и избыточной гидратации у лиц с пролежнями категории (стадии) III или IV.	B1	↑
7.11.	Выберите сиденье и опорную поверхность для сидения, которые соответствуют потребностям пациента в перераспределении давления, принимая во внимание следующее: <ul style="list-style-type: none"> <li>• размеры и конфигурация тела;</li> <li>• влияние осанки и деформации на распределение давления;</li> <li>• потребности в мобильности и образ жизни.</li> </ul>	GPS	

# ОФЛОМЕЛИД®

офлоксацин + метилурацил + лидокаин



## ПОДХОДИТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ\*

- ▶ гнойных ран,
- ▶ инфицированных ожогов II-IV ст.,
- ▶ пролежней,
- ▶ трофических язв,
- ▶ послеоперационных и посттравматических ран и свищей,
- ▶ ран после вскрытия абсцессов и др.

наружно  
1 РАЗ В ДЕНЬ  
в течение  
1-2 недель

\*Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Офломелид, мазь для наружного применения. ЛСР-007163/09 от 26.10.2020 N-M-OFL-2021\_06-22

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

7.12.	У лиц из группы высокого риска, которые длительное время сидят в кресле/инвалидной коляске, особенно если человек не в состоянии выполнять маневры для снижения оказываемого телом давления, используйте подушку для перераспределения давления для профилактики образования пролежней.	B1	↑
7.13.	Оцените относительную пользу использования воздушной подушки с переменным давлением для поддержания заживления пролежней у пациентов, которые длительное время сидят в кресле/инвалидной коляске, особенно если человек не в состоянии выполнять маневры для снижения оказываемого телом давления.	B1	↑
7.14.	У лиц с ожирением на поверхностях для сидения используйте бариатрическую подушку для перераспределения давления.	C	↑
7.15.	Во время транспортировки пациентов с пролежнями или риском их развития следует рассмотреть возможность использования опорной поверхности, перераспределяющей давление.	GPS	
7.16.	При поступлении пациента в учреждение интенсивной терапии после консультации с квалифицированным медицинским работником как можно скорее переведите пациента с ортопедического щита/носилка.	C	↑

### Пролежни, вызванные использованием медицинских изделий

8.1.	Чтобы снизить риск возникновения пролежней, связанных с использованием медицинских изделий, проверяйте и выбирайте медицинские изделия с учетом следующего: <ul style="list-style-type: none"> <li>• возможность выбора изделия минимально повреждающего ткани;</li> <li>• правильный размер/форма изделия для конкретного человека;</li> <li>• возможность правильно применять изделие в соответствии с инструкцией производителя;</li> <li>• возможность правильно закрепить изделие.</li> </ul>	B2	↑↑
8.2.	Регулярно контролируйте натяжение креплений медицинских изделий и по возможности постарайтесь выяснить у пациента, как он сам оценивает уровень комфорта от изделия.	C	↑
8.3.	В рамках плановой оценки состояния кожи следует проводить оценку состояния кожи под медицинскими изделиями и вокруг них на наличие признаков развития пролежней.	GPS	
8.4.	Уменьшите и/или перераспределите давление на границе кожа-изделие посредством следующего: <ul style="list-style-type: none"> <li>• регулярное поворачивание или изменение положения медицинского изделия и/или человека;</li> <li>• обеспечение физической поддержки медицинских изделий с целью минимизации давления и силы сдвига;</li> <li>• удаление медицинских изделий как можно скорее, как только это станет возможным с медицинской точки зрения.</li> </ul>	GPS	
8.5.	Используйте профилактическую повязку под медицинским изделием, чтобы снизить риск возникновения пролежней, связанных с их использованием.	B1	↑
8.6.	Если это целесообразно и безопасно, чередуйте изделие для подачи кислорода между правильно подобранной маской и носовыми канюлями, чтобы снизить степень тяжести травм носа и лица от давления у новорожденных, получающих кислородную терапию.	B1	↑
8.7.	Если это целесообразно и безопасно, чередуйте подачу кислорода между правильно подобранной маской(-ами) и носовыми канюлями, чтобы снизить степень тяжести травм носа и лица от давления у детей старшего возраста и взрослых, проходящих кислородную терапию.	GPS	
8.8.	После консультации с квалифицированным медицинским специалистом, как можно скорее замените шейный воротник для эвакуации пострадавшего на жесткий воротник для оказания неотложной помощи, и как можно скорее снимите его, если это возможно согласно клиническому состоянию.	C	↑

### Классификация пролежней

9.1.	Проведите дифференциальную диагностику пролежней и других видов ран.	GPS	
9.2.	Используйте систему классификации пролежней для документирования глубины поражения тканей.	GPS	

9.3.	Убедитесь, что среди медицинских сотрудников, ответственных за оценку глубины пролежней, существует клиническое согласие относительно их классификации.	GPS	
<b>Оценка пролежней и мониторинг заживления</b>			
10.1.	Проведите комплексную первоначальную оценку состояния пациента с пролежнями.	GPS	
10.2.	Установите цели лечения, соответствующие ценностям и целям конкретного пациента, с учетом мнения неофициальных лиц, осуществляющих уход за больным, и разработайте план лечения, который поддерживает эти ценности и цели.	GPS	
10.3.	Проведите комплексную повторную оценку состояния пациента, если пролежни не заживают в течение двух недель, несмотря на надлежащий местный уход за раной, перераспределение давления и надлежащее питание.	B2	↑↑
10.4.	Чтобы отслеживать прогресс в заживлении первоначально оцените состояние пролежней и проводите повторную оценку не реже одного раза в неделю.	GPS	
10.5.	Выберите единый и последовательный метод измерения размера и площади поверхности пролежней, чтобы облегчить сравнения измерений площади ран с течением времени.	B2	↑↑
10.6.	Оценивайте клинические параметры ложа, а также окружающей кожи и мягких тканей при каждом осмотре пролежней.	GPS	
10.7.	Следите за ходом заживления пролежней.	GPS	
10.8.	Рассмотрите возможность использования одобренного инструмента для мониторинга заживления пролежней.	B2	↑
<b>Оценка и лечение боли</b>			
11.1.	Проведите комплексную оценку боли у пациентов с пролежнями.	B1	↑↑
11.2.	В качестве стратегии первой линии и вспомогательной терапии для уменьшения боли, связанной с пролежнями, используйте немедикаментозные методы обезболивания.	GPS	
11.3.	Используйте методы и оборудование для изменения положения тела с целью профилактики и устранения боли от пролежней.	GPS	
11.4.	Используйте принципы влажного заживления ран, чтобы уменьшить боль от пролежней.	GPS	
11.5.	При необходимости и отсутствии противопоказаний рассмотрите возможность применения местных опиоидов для купирования острой боли при пролежнях.	B1	↔
11.6.	Регулярно назначайте анальгетики для облегчения боли при пролежнях.	GPS	
<b>Очищение и санация</b>			
12.1.	Очистите место пролежня.	B1	↑
12.2.	Для очищения пролежней с предполагаемой или подтвержденной инфекцией используйте очищающие растворы с противомикробными свойствами.	GPS	
12.3.	Очистите кожу вокруг пролежня.	B2	↑
12.4.	Избегайте повреждения плотно фиксированного, твердого, сухого струпа на ишемизированных конечностях и пятках, если нет подозрения на развитие инфекции под ним.	B2	↑↑
12.5.	Выполните обработку пролежней, содержащих некротизированные ткани и предполагаемой или подтвержденной биопленкой, и регулярные повторные санационные обработки до тех пор, пока ложе раны не освободится от некрозов и не покроется грануляционной тканью.	B2	↑↑

**Инфекция и биопленки**

13.1.	<p>С высокой степенью вероятности на местную инфекцию при пролежнях указывает следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• замедленное заживление;</li> <li>• отсутствие признаков заживления в течение предыдущих 2 нед, несмотря на соответствующее лечение;</li> <li>• увеличение размеров и/или глубины;</li> <li>• расхождение краев раны/зияние;</li> <li>• наличие некротизированных тканей;</li> <li>• наличие рыхлой грануляционной ткани;</li> <li>• образование карманов или перемычек в полости раны;</li> <li>• увеличение количества экссудата или изменение его характера;</li> <li>• повышение температуры окружающих тканей;</li> <li>• усиление боли;</li> <li>• неприятный запах.</li> </ul>	B1	↔
13.2.	<p>С высокой степенью вероятности на наличие биопленки на поверхности пролежня указывает следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• отсутствие заживления, несмотря на соответствующую антибактериальную терапию;</li> <li>• невосприимчивость к соответствующей антимикробной терапии;</li> <li>• задержка заживления, несмотря на оптимальное лечение;</li> <li>• повышенная экссудация;</li> <li>• низкая скорость формирования грануляционной ткани или рыхлые гипергрануляции;</li> <li>• слабо выраженная эритема и/или слабо выраженное хроническое воспаление;</li> <li>• вторичные признаки инфекции.</li> </ul>	GPS	
13.3.	<p>Рассмотрите вероятность прогрессирования инфекции, если у пациента с пролежнями наблюдаются местные и/или системные признаки острой инфекции, включая, помимо прочего:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• задержку заживления;</li> <li>• эритему, распространяющуюся от края язвы;</li> <li>• расхождение краев раны/зияние;</li> <li>• инфильтрацию;</li> <li>• крепитацию, флюктуации или изменение цвета окружающей кожи;</li> <li>• лимфангит;</li> <li>• недомогание/вялость;</li> <li>• спутанность сознания/делирий и анорексия (особенно у пожилых людей).</li> </ul>	GPS	
13.4.	<p>Определите наличие микробной биоагрузки в пролежне с помощью биопсии ткани или метода полуколичественного мазка и микроскопии.</p>	GPS	
13.5.	<p>Определите наличие биопленки в пролежне с помощью биопсии ткани и микроскопии высокого разрешения.</p>	GPS	
13.6.	<p>Оцените пролежни на предмет наличия остеомиелита при наличии обнаженной кости и/или если кость на ощупь грубая или мягкая, или если пролежни не заживают при соответствующем лечении.</p>	B2	↑
13.7.	<p>Оптимизируйте возможность заживления посредством следующего:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• оценки состояния питания пациента и устранения дефицитов питания;</li> <li>• оценки сопутствующих заболеваний и их возможной коррекции;</li> <li>• снижения доз иммуносупрессивной терапии, если это возможно;</li> <li>• профилактики контаминации пролежней;</li> <li>• подготовки раневого ложа путем его очищения и некрэктомии.</li> </ul>	GPS	
13.8.	<p>Используйте местные антисептики в концентрации, подходящей для тканей, для контроля микробной нагрузки и оптимизации заживления пролежней, эпителизация которых происходит с задержкой.</p>	B1	↑
13.9.	<p>Используйте местные антисептики, активные против биопленки, в концентрациях, соответствующих тканям, в сочетании с регулярной хирургической обработкой раны для контроля и устранения предполагаемой (или подтвержденной) биопленки при пролежнях с замедленным заживлением.</p>	C	↑
13.10.	<p>Используйте системные антибиотики для контроля и ликвидации инфекции у лиц с пролежнями и клиническими признаками системной инфекции.</p>	GPS	

<b>Повязка на рану</b>			
14.1.	Для всех пролежней выбирайте наиболее подходящую повязку на основе целей и возможностей по уходу за собой самого пациента и/или неофициального лица, осуществляющего уход, а также на основе клинической оценки, включающей следующие данные: <ul style="list-style-type: none"> <li>• диаметр, форма и глубина пролежня;</li> <li>• необходимость решения проблемы бактериальной бионагрузки;</li> <li>• способность сохранять раневое ложе влажным;</li> <li>• характер и объем раневого экссудата;</li> <li>• состояние тканей в раневом ложе;</li> <li>• состояние кожи вокруг раны;</li> <li>• наличие свищей и/или нависающих краев;</li> <li>• боль.</li> </ul>	GPS	
14.2.	Оцените экономическую эффективность перевязочных материалов на местном уровне, принимая во внимание прямые и косвенные затраты для системы здравоохранения и для пациента с пролежнями. Современные раневые повязки, способствующие заживлению ран во влажной среде, с большей вероятностью окажутся экономически эффективнее из-за более быстрого заживления и менее частой смены повязок.	GPS	
14.3.	Для лечения неинфицированных пролежней категории (стадии) II в соответствии с клиническим состоянием пролежня используйте гидроколлоидные повязки.	B1	↑
14.4.	Для лечения неинфицированных пролежней категории (стадии) II в соответствии с клиническим состоянием пролежня используйте гидрогелевые повязки.	B1	↑
14.5.	Для лечения неинфицированных пролежней категории (стадии) II в соответствии с клиническим состоянием пролежня используйте полимерные повязки.	B1	↑
14.6.	Для лечения неинфицированных пролежней категории (стадии) III и IV с минимальным количеством экссудата используйте гидрогелевые повязки.	B1	↑
14.7.	Для лечения пролежней категории (стадии) III и IV с умеренным экссудатом используйте повязки с кальция альгинатом.	B1	↑
14.8.	Для лечения пролежней категории (стадии) II и более высоких с умеренным/обильным экссудатом используйте повязки из вспененных материалов (включая гидрополимеры).	B1	↑
14.9.	Для лечения пролежней с обильным выделением экссудата используйте суперабсорбирующие раневые повязки с высокой впитывающей способностью.	B2	↑
14.10.	Для поддержания необходимой влажности раневой среды, когда невозможно использовать технологичные раневые покрытия, используйте влажные марлевые повязки.	B1	↔
14.11.	При невозможности использовать технологичные раневые покрытия в качестве вторичной повязки используйте прозрачную пленочную повязку.	B1	↔
14.12.	При выборе перевязочных материалов в географических регионах с ограниченным доступом к ресурсам учитывайте имеющиеся данные и местные рекомендации по использованию перевязочных материалов.	GPS	
<b>Биологические повязки</b>			
15.1.	Рассмотрите возможность наложения коллагеновых повязок на незаживающие пролежни, чтобы улучшить скорость заживления и уменьшить признаки и симптомы местного воспаления.	B1	↑
<b>Факторы роста</b>			
16.1.	Рассмотрите возможность применения плазмы, обогащенной тромбоцитами, для ускорения заживления пролежней.	B1	↔
16.2.	Рассмотрите возможность применения тромбоцитарного фактора роста для ускорения заживления пролежней категории (стадии) III и IV.	B1	↔
<b>Биофизические агенты</b>			
17.1.	Применяйте импульсную электрическую стимуляцию для ускорения заживления ран при стойких пролежнях категории (стадии) II и пролежнях категории (стадии) III или IV.	A	↑

17.2.	Рассмотрите возможность использования бесконтактной низкочастотной ультразвуковой терапии в качестве вспомогательной терапии для ускорения заживления пролежней категории (стадии) III и IV и предполагаемых глубоких повреждений тканей.	B2	↔
17.3.	Рассмотрите возможность использования высокочастотной ультразвуковой терапии на частоте 1 МГц в качестве вспомогательной терапии для ускорения заживления пролежней категории (стадии) III и IV.	B1	↔
17.4.	Для уменьшения размера и глубины пролежней категории (стадии) III и IV в качестве ранней вспомогательной терапии рассмотрите терапию ран отрицательным давлением.	B1	↑
<b>Хирургия пролежней</b>			
18.1.	При следующих ситуациях у пациента с пролежнями получите консультацию хирурга: <ul style="list-style-type: none"> <li>• прогрессирующий целлюлит или пролежень, как предполагаемый источник сепсиса;</li> <li>• наличие нависающих краев, свищей, свищевых ходов и/или обширных зон некрозов, которые трудно удалить амбулаторно или консервативными способами;</li> <li>• категория (стадия) III или IV, не поддающаяся консервативному лечению.</li> </ul>	GPS	
18.2.	При оценке возможности проведения операции по лечению пролежней учитывайте следующие факторы: <ul style="list-style-type: none"> <li>• вероятность заживления при нехирургическом лечении по сравнению с хирургическим вмешательством;</li> <li>• цели ухода за пациентом;</li> <li>• клиническое состояние пациента;</li> <li>• мотивация и способность пациента соблюдать режим лечения;</li> <li>• риск хирургического вмешательства для пациента.</li> </ul>	GPS	
18.3.	Оцените и смягчите физические и психосоциальные факторы, которые могут ухудшить заживление хирургических ран или повлиять на рецидив пролежней.	B2	↑
18.4.	Необходимо полностью иссечь весь пролежень, включая измененную кожу, грануляционную ткань и некротизированные ткани, свищевые ходы, карманы и пораженную кость, насколько это возможно.	B2	↑
18.5.	При планировании лоскута: <ul style="list-style-type: none"> <li>• выбирайте ткань с хорошим кровоснабжением;</li> <li>• используйте сложные лоскуты из нескольких тканей для увеличения их выносливости к давлению в будущем;</li> <li>• используйте лоскут как можно большего размера;</li> <li>• минимизируйте повреждение прилегающих кожных покровов и тканей;</li> <li>• располагайте линию шва вдали от областей прямого давления;</li> <li>• минимизируйте натяжение краев раны при ушивании.</li> </ul>	GPS	
18.6.	Регулярно осматривайте рану и немедленно сообщайте о признаках отторжения лоскута.	GPS	
18.7.	В послеоперационном периоде используйте специализированную опорную поверхность.	B2	↑
18.8.	Размещайте и перемещайте пациента таким образом, чтобы избежать давления и трения в области оперативного вмешательства.	GPS	
18.9.	После заживления области оперативного вмешательства приступайте к постепенному переходу к сидячему режиму.	B2	↑
<b>Измерение распространенности и частоты возникновения пролежней</b>			
19.1.	При проведении и представлении отчетов об исследованиях распространенности и заболеваемости пролежнями используйте строгую методологию и согласующиеся измеряемые переменные.	GPS	
<b>Внедрение передовой практики в клинических условиях</b>			
20.1.	На организационном уровне оцените и максимально улучшайте показатели качества оказания помощи с целью снижения частоты пролежней.	C	↑
20.2.	На организационном уровне оцените знания медицинских сотрудников о профилактике и лечении пролежней, чтобы облегчить внедрение программ обучения и повышения качества оказания помощи.	B1	↑

20.3.	На организационном уровне оцените и укрепите отношения и сплоченность работы команды, чтобы облегчить реализацию программы повышения качества оказания помощи.	GPS	
20.4.	На организационном уровне оцените и максимально увеличьте доступность и качество оборудования и стандартов его использования в рамках плана повышения качества оказания помощи с целью снижения частоты пролежней.	B1	↑↑
20.5.	На организационном уровне разработайте и внедрите структурированную индивидуальную и многогранную программу повышения качества оказания помощи с целью снижения частоты развития пролежней.	A	↑↑
20.6.	На организационном уровне привлечите все основные заинтересованные стороны к контролю и реализации программы повышения качества оказания помощи с целью снижения частоты развития пролежней.	B1	↑↑
20.7.	На организационном уровне включите основанные на фактических данных политики, процедуры и протоколы, а также стандартизированные системы документации в план повышения качества оказания помощи для снижения частоты развития пролежней.	B1	↑↑
20.8.	На организационном уровне предоставьте инструменты поддержки принятия клинических решений в рамках плана повышения качества оказания помощи с целью снижения частоты развития пролежней.	B1	↑↑
20.9.	Обеспечьте клиническое руководство в области профилактики и лечения пролежней в рамках плана по улучшению качества оказания помощи с целью снижения частоты развития пролежней.	B1	↑↑
20.10.	На профессиональном уровне проводите обучение по профилактике и лечению пролежней в рамках плана по улучшению качества оказания помощи с целью снижения частоты развития пролежней.	A	↑↑
20.11.	На организационном уровне регулярно контролируйте, анализируйте и оценивайте эффективность по показателям качества профилактики и лечения пролежней.	B1	↑↑
20.12.	На организационном уровне используйте системы обратной связи и напоминаний для продвижения программы повышения качества оказания помощи и ее результатов среди заинтересованных сторон.	B2	↑
<b>Профессиональное образование в сфере здравоохранения</b>			
21.1.	На организационном уровне оцените знания медицинских сотрудников о профилактике и лечении пролежней для облегчения внедрения программ обучения и повышения качества оказания помощи.	B1	↑↑
21.2.	На организационном уровне разработайте и внедрите многогранную образовательную программу по профилактике и лечению пролежней.	B2	↑↑
<b>Качество жизни, самообслуживание и образование</b>			
22.1.	Оцените качество жизни, связанное со здоровьем, знания и навыки самообслуживания у лиц с пролежнями или с риском их развития, чтобы облегчить разработку плана ухода за пациентами с пролежнями и образовательной программы.	GPS	
22.2.	Обеспечьте просвещение, обучение навыкам и психосоциальную поддержку в отношении пролежней для лиц, имеющих пролежни или подверженных риску их развития.	C	↑



ПК1. План оценки соответствующих характеристик рабочей группы (например, уровня укомплектованности персоналом и их навыков) для обеспечения оказания качественной медицинской помощи.

ПК9. Каждый пациент проходит оценку риска возникновения пролежней как можно скорее после поступления/перевода и периодически после этого, а результаты оценки заносятся в медицинскую карту.

ПК19. Процент лиц, находящихся в учреждении в определенный момент времени, имеющих пролежни (частота в определенный момент времени).

ПК2. В организации действует структурированная, индивидуальная многогранная программа повышения качества профилактики и лечения пролежней.

ПК3. В организации действуют политики и процедуры по профилактике и лечению пролежней, которые отражают передовую современную практику, изложенную в настоящем руководстве.

ПК4. Медицинские специалисты регулярно проходят обучение по профилактике и лечению пролежней.

ПК5. Руководство организации, специалисты здравоохранения, пациенты и лица, осуществляющие уход, принимают участие в контроле и реализации программы профилактики пролежней.

ПК6. Программа повышения качества оказания помощи касается доступности и качества оборудования, необходимого для лечения пролежней, а также стандартов его использования.

ПК7. Организация предоставляет инструменты поддержки принятия клинических решений для профилактики и лечения пролежней.

ПК8. В профилактике и лечении пролежней может оказать помощь специализированный медицинский сотрудник.

ПК10. Каждому пациенту была проведена комплексная оценка состояния кожи как можно скорее после поступления/перевода, а затем периодически по мере необходимости, и результаты оценки документированы в медицинской карте.

ПК11. Индивидуальный план профилактики пролежней, основанный на оценке риска, документируется, внедряется и корректируется в ответ на изменение статуса риска для каждого пациента, имеющего пролежни или риск их развития.

ПК12. Для пациентов с пролежнями документируется оценка состояния его здоровья.

ПК13. Пролежни оцениваются, и результаты документируются не реже одного раза в неделю для отслеживания прогресса в заживлении.

ПК14. Для каждого пациента с пролежнями доступен индивидуальный план лечения и цели.

ПК15. Для каждого пациента с пролежнями имеется документально подтвержденная комплексная оценка боли и, при необходимости, план лечения боли.

ПК16. Каждый пациент с риском развития пролежней проходит обследование на предмет состояния здоровья, а при необходимости проводится комплексная оценка состояния здоровья с оценкой нутритивного статуса и составляется план лечебного питания.

ПК17. Каждый пациент с пролежнями или с риском их развития (и/или его неофициальное лицо, осуществляющее уход), получает информацию о профилактике и лечении пролежней, обучение навыкам самообслуживания и психосоциальную поддержку.

ПК18. Регулярно проводятся измерения частоты развития пролежней, и соответствующие отчеты предоставляются заинтересованным сторонам.

ПК20. Процент лиц, не имевших пролежней при поступлении, но получивших пролежни во время госпитализации в учреждении (показатель пролежней, полученных в учреждении).

## РАСПРОСТРАНЕННЫЕ СИСТЕМЫ КЛАССИФИКАЦИИ

В различных географических регионах используются следующие системы классификации пролежней. Руководство по клинической практике включает

фотографии и иллюстрации категорий (стадий) пролежней, а также более подробный список наиболее часто применяемых систем классификации пролежней.

Международная система классификации пролежней NPUAP/ EPUAP (2009, 2014)	ВОЗ МКБ-11 (2018)	Система классификации NPUAP (апрель 2016 г.)
<b>Категория/стадия I: небледнеющая эритема</b>	<b>ЕН90.0 Пролежни 1 степени</b>	<b>Стадия I. Пролежни: небледнеющая эритема неповрежденной кожи</b>
Неповрежденная кожа с небледнеющим покраснением области, локализованной, как правило, над костным выступом. Кожа с темной пигментацией может не иметь видимых бледнеющих участков; зато ее цвет может отличаться от цвета окружающей кожи. Участок может быть болезненным, твердым, мягким, более теплым или холодным по сравнению с прилегающими тканями. Категорию (стадию) I может быть трудно обнаружить у людей с темным оттенком кожи. Может указывать на лиц, находящихся «в группе риска» (признак, предупреждающий о риске).	Пролежни I стадии являются предшественниками изъязвлений кожи. Кожа остается неповрежденной, но наблюдается небледнеющее покраснение области, локализованной, как правило, над костным выступом. Участок может быть болезненным, твердым, мягким, более теплым или холодным по сравнению с прилегающими тканями. У людей с темной кожей этот дефект обнаружить трудно, но пораженные участки могут отличаться по цвету от окружающей кожи. Наличие пролежней I стадии может указывать на наличие у человека риска развития эрозии.	Неповрежденная кожа с локализованным участком небледнеющей эритемы, которая может выглядеть иначе на темной пигментированной коже. Наличие небледнеющей эритемы или изменений чувствительности, температуры или упругости может предшествовать визуальным изменениям. Изменения цвета при поражении I стадии не включают изменение цвета на фиолетовый или бордовый; это может указывать на глубокое повреждение тканей из-за давления.
<b>Категория/стадия II: частичная утрата кожи</b>	<b>ЕН90.1 Пролежни 2 степени</b>	<b>Пролежни II стадии: частичная утрата кожи с обнажением дермы</b>
Частичная утрата кожи проявляется в виде неглубокой открытой язвы (эрозии) с красно-розовым ложем раны, без некротических масс. Может также иметь вид неповрежденного или открытого/лопнувшего волдыря, заполненного сывороткой. Проявляется как блестящая или сухая неглубокая язва без некротических масс или кровоподтеков.* Эту категорию (стадию) не следует использовать для описания разрывов кожи, травм кожи от пластыря, дерматита промежности, мацерации или эксфолиации кожи.  * Кровоподтек указывает на возможное более глубокое повреждение тканей.	Пролежни глубиной до дермы. Проявляется в виде неглубокой открытой язвы с красным или розовым ложем без некротических масс или в виде заполненного сывороткой или серозно-геморрагического пузыря, который может разорваться. Эту категорию не следует использовать для описания разрывов кожи, ожогов от клейкой ленты, дерматита, связанного с недержанием мочи, мацерации или эксфолиации.	Частичная потеря толщины кожи с обнажением дермы. Раневое ложе жизнеспособно, розовое или красное, влажное, а также может представлять собой неповрежденный или лопнувший волдырь, заполненный сывороткой крови. Жировая ткань не видна, как и более глубокие ткани. Грануляционная ткань, некротические массы и струп отсутствуют. Эти травмы обычно возникают из-за неблагоприятного микроклимата и сдвига кожи в области таза и пятки. Эту стадию не следует использовать для описания повреждений кожи, связанных с влажностью, включая дерматит, связанный с недержанием, интертригинозный дерматит, повреждения кожи, связанные с медицинским пластырем на клеевой основе или травматические раны (разрывы кожи, ожоги, садины).
<b>Категория/стадия III: полная утрата кожи</b>	<b>ЕН90.2 Пролежни 3 степени</b>	<b>Пролежни III стадии: потеря кожи на всю толщину</b>
Утрата кожи на всю толщину. Может быть видна подкожно-жировая клетчатка, но кости, сухожилия или мышцы не обнажены. Могут присутствовать некротические массы, но они не скрывают глубины потери тканей. Могут быть нависающие края и образование свищей. Глубина пролежней категории (стадии) III зависит от анатомического расположения. Переносица, ухо, затылок и лодыжка не имеют подкожной клетчатки, и язвы категории (стадии) III могут быть неглубокими. Напротив, в областях с выраженным слоем жировой ткани могут развиваться чрезвычайно глубокие пролежни категории (стадии) III. Кость/сухожилие не видны и не прощупываются напрямую.	Пролежни с потерей кожи на всю толщину. Может быть видна подкожно-жировая клетчатка, но кости, сухожилия или мышцы не обнажены. Могут присутствовать некротические массы, но они не скрывают глубины потери тканей. Возможны нависающие края и образование свищей в соседней области. Глубина варьирует в зависимости от анатомического расположения: пролежни 3-й степени могут быть неглубокими в областях с небольшим количеством подкожного жира или без него (например, переносица, ухо, затылок и лодыжка). Напротив, пролежни 3-й степени могут быть чрезвычайно глубокими в областях с выраженным слоем подкожного жира.	Полная потеря кожи, при которой в язве видна жировая ткань, а также грануляционная ткань и закругленные края раны. Могут быть видны некротические массы и/или струп. Глубина повреждения тканей варьирует в зависимости от анатомического расположения; в областях с выраженным слоем жировой ткани могут образовываться глубокие раны. Могут наблюдаться нависающие края и образование свищей. Фасции, мышцы, сухожилия, связки, хрящи и/или кости не обнажаются. Если некротические массы или струп скрывают степень потери ткани, это нестационарный пролежень.

<p><b>Категория/стадия IV: глубокие пролежни</b></p> <p>Потеря ткани на всю толщину с обнажением кости, сухожилия или мышцы. На некоторых участках раневого ложа могут присутствовать некротические массы или струп. Часто включают нависающие края и образование свищей. Глубина пролежней категории (стадии) IV зависит от анатомического расположения. Переносица, ухо, затылок и лодыжка не имеют подкожной клетчатки, поэтому язвы в этих областях могут быть неглубокими. Язвы категории (стадии) IV могут распространяться на мышцы и/или поддерживающие анатомические структуры (например, фасции, сухожилия или суставную капсулу), что делает возможным развитие остеомиелита. Кость/сухожилие обнажены, видны или пальпируются напрямую</p>	<p><b>EN90.3 Пролежни 4 степени</b></p> <p>Пролежни с видимыми или непосредственно пальпируемыми мышцами, сухожилиями или костями в результате полной потери толщины кожи и подкожной клетчатки. Могут присутствовать некротические массы или струп. Глубина пролежней зависит от анатомического расположения: пролежни IV степени могут быть неглубокими в областях с небольшим количеством подкожного жира или без него (например, переносица, ухо, затылок и лодыжка), но обычно они глубокие и часто имеют нависающие края или образуют свищевые ходы в соседние анатомические структуры.</p>	<p><b>Пролежни IV стадии: дефект кожи и подлежащих тканей</b></p> <p>Гибель кожи и подлежащих тканей на всю толщину с обнажением или прямой пальпацией фасции, мышцы, сухожилия, связки, хряща или кости в язве. Могут быть видны некротические массы и/или струп. Часто наблюдаются закругленные, нависающие края и/или образование свищей. Глубина варьирует в зависимости от анатомического расположения. Если некротические массы или струп скрывают степень дефекта, это нестадируемый пролежень.</p>
<p><b>Нестадируемый пролежень: глубина неизвестна</b></p> <p>Гибель тканей на всю глубину, при которой основание язвы в раневом ложе покрыто некротическими массами (желтыми, желтовато-коричневыми, серыми, зелеными или коричневыми) и/или струпом (желтовато-коричневым, коричневым или черным). Пока не будут удалены некротизированные массы и/или струп, чтобы обнажить основание раны, определить истинную глубину и, следовательно, категорию (стадию) невозможно. Стабильный (сухой, плотно прилегающий, неповрежденный, без эритемы или флюктуации) струп (например, в пяточных областях) служит «естественным (биологическим) покровом тела», его не следует удалять.</p>	<p><b>EN90.5 Пролежни, стадия которых не поддается классификации</b></p> <p>Пролежни с полной потерей кожных покровов, при которых фактическая глубина дефекта в раневом ложе полностью скрыта некротическими массами (желтыми, желтовато-коричневыми, серыми, зелеными или коричневыми) и/или струпом (желтовато-коричневым, коричневым или черным). Пока не будет удален некроз и/или струп до основания раны, невозможно определить, относится ли пролежень к 3-й или 4-й степени.</p>	<p><b>Неклассифицируемый пролежень: скрытая утрата кожи и тканей на всю толщину</b></p> <p>Гибель кожи и тканей на всю толщину, при которой степень повреждения тканей не может быть подтверждена, поскольку она скрыта некротическими массами или струпом. Если удалить некротические массы или струп, то будет виден пролежень III или IV стадии. Стабильный струп (т. е. сухой, плотно прилегающий, неповрежденный, без эритемы или флюктуации) в пяточной области или ишемизированной конечности не следует размятчать или удалять.</p>
<p><b>Подозрение на глубокое повреждение тканей: глубина неизвестна</b></p> <p>Локализованный участок измененной неповрежденной кожи фиолетового или бордового цвета или заполненный кровью волдырь из-за повреждения подлежащих мягких тканей в результате давления и/или сдвига. Области с такими характеристиками могут предшествовать болезненной, плотная, мягкая, рыхлая ткань, более теплая или холодная по сравнению с прилегающими тканями. Глубокие повреждения тканей может быть трудно обнаружить у лиц с темным оттенком кожи. Прогрессирование может включать появление тонкого волдыря на темном ложе раны. В дальнейшем рана может развиваться и покрываться тонким струпом. Прогрессирование может быть быстрым, затрагивая дополнительные глублежащие слои даже при оптимальном лечении</p>	<p><b>EN90.4 Подозрение на глубокое повреждение тканей, вызванное давлением, глубина неизвестна</b></p> <p>Область повреждения мягких тканей в результате давления или сдвига, которая, как ожидается, может превратиться в глубокий пролежень, но пока этого не произошло. Пораженная кожа обычно приобретает фиолетовый или бордовый цвет и может покрываться геморрагическими волдырями. Может быть болезненной и отечной. Участок пораженной кожи может быть как теплее, так и холоднее окружающих тканей. Развитие глубокой раны может происходить быстро даже при оптимальном лечении.</p>	<p><b>Повреждение глубоких тканей от давления: постоянный небледнеющий участок темно-красного, бордового или фиолетового цвета</b></p> <p>Неповрежденная или поврежденная кожа с локализованным постоянным небледнеющим участком темно-красного, бордового, пурпурного цвета или отслоением эпидермиса, обнажающим темное ложе раны или наполненный кровью волдырь. Изменению цвета кожи часто предшествуют боль и изменение температуры. На темной коже изменение цвета может выглядеть по-другому. Эта травма возникает в результате интенсивного и/или длительного давления и сдвига в месте соприкосновения кости и мышцы. Рана может быстро развиваться, проявляя истинную степень повреждения тканей или может претерпеть обратное развитие (зажить без потери тканей). Если видны некротическая ткань, подкожная клетчатка, грануляционная ткань, фасция, мышца или другие подлежащие структуры, это указывает на пролежень на всю толщину ткани (нестадируемый, III или IV стадия). Не используйте данную классификацию для описания сосудистых, травматических, нейропатических или дерматологических состояний.</p>

# Антисептики B. BRAUN

Обработка и лечение ран  
различной этиологии

Профилактика раневой инфекции



**B | BRAUN**  
SHARING EXPERTISE



## Лавасепт (концентрат)

для приготовления антисептического  
раствора для наружного, местного  
и интра-операционного применения

- Эффективное лечение инфицированных ран, ожогов и трофических язв
- Безопасная обработка кожи, слизистых и операционного поля
- Промывание и очищение полостей и ран при риске инфекции



## Пронтосан (раствор и гель)

для лечения длительно не заживающих ран, в том числе диабетической стопы, с низкой цитотоксичностью на основе полигексанида



## Браунодин (раствор и мазь)

антисептическое и противовоспалительное средство широкого спектра действия на основе повидон-йода

РЕКЛАМА

Только для медицинских и фармацевтических работников. Для распространения на территории РФ в местах проведения медицинских или фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий и предназначенных для медицинских и фармацевтических работников специализированных печатных изданиях.



ООО «Б. Браун Медикал»  
196128, Санкт-Петербург, а/я 34,  
e-mail: office.spb.ru@bbraun.com  
Тел.: +7 (812) 320-40-04

117246, Москва, Научный проезд,  
д. 17, оф. 10-30  
Тел.: +7 (495) 777-12-72

[www.bbauru.ru](http://www.bbauru.ru)  
 [www.vk.com/bbraunrussia](http://www.vk.com/bbraunrussia)  
 [t.me/bbraun\\_ru](http://t.me/bbraun_ru)